



فرم اعلام خسارت درمان تکمیلی قرارداد 1404-1405

شرکت بیمه ایران

کد ملی بیمه شده اصلی:	شماره تماس همراه:	
نام و نام خانوادگی:	نوع اقدام	بارگذاری ☐ تحویل مدارک ☐
نام واحد سازمانی:		بازنشسته ☐ شاغل ☐

ردیف	نام دریافت کننده خدمت	کد ملی	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ پرداختی	مرحله ثبت شده و توضیحات
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

نام دریافت کننده مدارک (مهر، امضاء و تاریخ):

نام تحویل دهنده مدارک (امضاء و تاریخ):